

| | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|----------------------------------|---|---|----|---------------------------|----------------------------------|
| Departamento de Servicios de Salud de Arizona Servicios Rehabilitativos para Niños | | | | Uso Solamente por CRS Número de ID de CRS/ Número de Archivo Médico/Categoría | | | | |
| SOLICITUD FINANCIERA | | | | | | | | |
| Nombre del Solicitante: (Niño/a)(Apellido, Primer, Inicial) | | | Sexo: Masculino Femenina | | Fecha de Nacimiento: | | | |
| Raza: | | | Estado Civil: | | Número de Seguro Social de Solicitante: | | | |
| Amparo del Tribunal: Si No | | | Lugar de Nacimiento: | | Teléfono/Casa/ Mensaje: | | | |
| Domicilio: Calle,Ciudad, Estado, Código Postal) | | | | | Condado: | | | |
| Domicilio de Correspondencia: (Calle,Ciudad, Estado, Código Postal) (si es diferente al de arriba) | | | | | | | | |
| Nombre del Padre: (Apellido, Primer, Segundo) | | | Seguro Social del Padre; | | Fecha de Nacimiento: | | | |
| Empresa donde Trabaja el Padre | | | | Número de Teléfono del Trabajo del Padre: | | | | |
| Domicilio donde Trabaja el Padre: | | | | | | | | |
| Nombre de la Madre: (Apellido, Primer, Segundo) | | | Apellido de Soltera de la Madre | | Seguro Social de la Madre | | Fecha de Nacimiento: | |
| Empresa donde Trabaja la Madre | | | | | Teléfono del Trabajo: | | | |
| Domicilio donde Trabaja la Madre: | | | | | | | | |
| Nombre del Tutor: | | | | Número de Teléfono: | | | | |
| Otros Miembros de la Familia (nombre y edad) | | | | | | | | |
| 1. | | 3. | | 5. | | 7. | | |
| 2. | | 4. | | 6. | | 8. | | |
| Aseguranza de Salud / Seguro Médico | | | | | | | | |
| ¿Es cubierto el Niño/a bajo el seguro médico (HMO,PPO, AHCCCS,KidsCare,Indemnización)? Si No | | | | | | | | |
| Si es posible favor de incluir una fotocopia de la tarjeta(s) de aseguranza) | | | | | | | | |
| Nombre del Asegurado en la Póliza | | | Fecha de Nacimiento | | Nombre del Asegurado en la Póliza | | Fecha de Nacimiento | |
| Compañía de Aseguranza Primaria | | | | Compañía de Aseguranza Secundaria | | | | |
| Domicilio donde se Envía el Cobro | | | | Domicilio donde se Envía el Cobro | | | | |
| Número de Teléfono | | | | Número de Teléfono | | | | |
| Número de Plan /Póliza | | Número de ID | Nombre/Número del Grupo | | Número de Plan/Póliza | | Número de ID | Nombre/Número del Grupo |
| Código de Elegibilidad | | | Fecha de Vencimiento | | Código de Elegibilidad | | Fecha de Vencimiento | |
| I.D. de AHCCCS | | Número del Plan de AHCCCS | Para uso de CRS- Código de Clave | | I.D. de AHCCCS | | Número del Plan de AHCCCS | Para uso de CRS- Código de Clave |
| Tipo/s de Cobertura: Médica Dental Visión Farmacia | | | | Tipo/s de Cobertura Médica Dental Visión Farmacia | | | | |
| Recibe el niño/a servicios de: | | | | | | | | |
| Subvención de Adopción | | | CMDP | | DDD | | SSI | |
| Otra Agencia (Favor de especificar) | | | | | | | | |
| Comentarios: | | | | | | | | |

Firma de la Persona Responsable _____

Fecha: _____

Ingreso Total del Hogar: